



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem

Médico Cirúrgica Vertente e Pessoa Idosa

Manter o Ambiente Seguro na Pessoa Idosa

Algaliada: Intervenções de Enfermagem

Maria do Rosário dos Reis Felisberto Rodrigues

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem

Médico Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Manter o Ambiente Seguro na Pessoa Idosa

Algaliada: Intervenções de Enfermagem

Maria do Rosário dos Reis Felisberto Rodrigues

Orientador : Maria Emília Campos Brito

2012

RESUMO:

Envelhecer significa algumas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. A pessoa idosa faz parte de um grupo socialmente vulnerável e grande consumidor de cuidados de saúde pela prevalência do aumento de doenças crónicas. O aumento do tempo de sobrevivência com doenças crónicas e a cura para situações que há anos atrás eram consideradas incuráveis são hoje conquistas, mas com riscos associados sendo a infecção a complicação mais frequente da hospitalização quando associada aos cuidados de saúde. Um dos principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, porém estes podem ser mitigados através da prevenção.

A enfermagem pela sua proximidade com o doente tem um papel fundamental na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, procurando novos campos de acção com impacto na qualidade de vida e controlo da doença da população idosa.

Neste sentido, tendo sido verificado que no serviço de Medicina Interna, numa instituição hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, a taxa de incidência da Infecção do Trato Urinária associada ao uso de cateter urinário é elevada. Surge, assim, o projecto de intervenção que tem como objectivo *Manter o Ambiente Seguro na Pessoa Idosa Através das Intervenções de Enfermagem*.

O processo de implementação do projecto passou pela sensibilização da equipa para a problemática, mobilização para a remoção precoce do cateter urinário, espaços de reflexão sobre os cuidados prestados, divulgação de directrizes emitidas sobre a temática e uniformização dos registos de enfermagem, implementação de práticas uniformes e baseadas na evidência científica.

Na avaliação do projecto a curto prazo verificaram-se melhorias na prática de enfermagem inerentes à avaliação da pertinência de algaliar, colocando-se outras alternativas. A remoção precoce do cateter urinário foi uma prática assumida pela equipa. No entanto, procurou-se garantir a continuidade do projecto através da implementação da enfermeira –Driven.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Cuidados de enfermagem; Infecção urinária; Cateter urinário.

ABSTRACT

Get older means changes at physiological, psychological levels and also change our role in society. Older people are part of vulnerable group with special healthcare needs due to chronic diseases. During the last years, the lifetime with chronic disease increased and healthcare improvements allowed the survival to diseases that were deathly before. But associated with this evolution of health care there is a considerable risk of infection, which is the commonest complication to hospitalized patients. One of the main risks in the utilization of an invasive device, but it can be minimized by prevention.

Nursing care has an important role in the search for best quality of healthcare, finding new fields of action with impact in the quality of life and control of disease in elderly population. Therefore, in the Internal Medicine department of a hospital from Lisboa and Vale do Tejo, the rate of urinary tract infection associated with the urinary catheter insertion is high. Consequently, I have started the project of intervention with the goal: *Keep a safe environment in elderly people with Nursing Interventions*.

The implementation of the project has been done with the sensitization of the team to the issue, mobilization to a early removal of the urinary catheter, groups of reflection about the healthcare, promotion of guidelines about the subject and standardization of nursing notes, implementation of standard practices and based on scientific facts.

In a short period evaluation was attempted an improvement in nursing practice related with the real need of insertion of urinary catheter, trying to apply alternative procedures. The early removal of urinary catheter was put in practice by the nursing team. In order to assure the continuity of the project has been implemented the nurse-driven approach.

Keywords: Elderly, Nursing care, Urinary tract infection, urinary catheter

ÍNDICE

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	6
2 - PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA ESCOLHIDA	10
3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
4- QUADRO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	21
5 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A DESENVOLVER PERANTE A PESSOA IDOSA ALGALIADA EM MEIO HOSPITALAR	23
6 - DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO E RESULTADOS	26
6.1 - Adquirir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvendo o auto-conhecimento e assertividade	26
6.2 - Adquirir competência no domínio da gestão dos cuidados assumindo-se como facilitador nos processos que interpreta, organiza e divulga dados provenientes dos registos de enfermagem e passagem de ocorrências que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem	28
6.2.1- Gestão de materiais do serviço	28
6.2.2- Análise dos Registos de enfermagem	29
6.2.3- Passagem de Turno (8-16 horas)	31
6.3 - Adquirir competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assente num corpo de conhecimento ético e deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.	33
6.3.1 - Prestação de cuidados de enfermagem a doentes idosos gerindo	33

e otimizando a resposta da equipa

6.3.2 -	Papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao idoso	35
6.4 –	Adquirir competências desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica elaborando “guias orientadores de boa prática”	37
6.4.1 –	Elaboração do procedimento - Cateterização Vesical com o grupo de trabalho de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo (coordenação das reuniões)	37
6.4.2 –	Análise reflexiva sobre os relatórios das auditorias	39
7 -	CONCLUSÃO	42
	BIBLIOGRAFIA	45
	ANEXOS	52
	APÊNDICES	53

1 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Este é acompanhado por alterações a nível físico, psicológico e social. O ambiente em que vive a pessoa idosa é fundamental para a qualidade do seu processo de envelhecimento. Um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada contribui para que estes tenham uma vida com dignidade e qualidade.

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e a estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa vêm determinando novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

“É frequente atribuir determinados processos patológicos ao processo de envelhecimento, (...) condicionando por vezes o que se vem chamando “ageing” e levando a que o idoso não possa ter assistência atempada e adequada”(Blanco, Hortonedá E., 2006:1).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

Com o crescimento da população idosa observa-se um aumento do aparecimento de doenças crónicas que a Organização Mundial de Saúde em 2005 descreve como aquela que pode apresentar uma ou mais das seguintes características: carácter permanente, promover incapacidade/deficiência, ter causa patológica e exigir formação especial do doente para a sua reabilitação ou períodos prolongados de observação ou cuidados.

No idoso o surgimento da doença tem uma apresentação atípica pois o envelhecimento manifesta múltiplos défices funcionais, da capacidade de reserva e a alteração das respostas adaptativas perante uma situação patogénica num indivíduo em que coincidem várias patologias, o aparecimento de uma doença num sistema, por exemplo uma infecção urinária, pode precipitar a descompensação de outros.

Devido às alterações decorrentes do processo de envelhecimento e ao aumento da prevalência da doença crónica este grupo etário é altamente susceptível à infecção. Tal como refere Ewers, Rizzo, & Filho, (2008: S13) *“todo indivíduo acima de 60 anos tem seu sistema imune sob suspeita e deve ser tratado de maneira a contemplar essa*

peculiaridade, minimizando o uso de intervenções que possam comprometer ainda mais as funções reguladoras da sua resposta imune”.

Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que nada fazia prever há 50 anos, (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:28). Estas conquistas têm riscos associados, sendo a infecção o mais importante, e a complicação mais frequente da hospitalização quando associada aos cuidados de saúde (IACS).

Em Portugal no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção de 2009 estima-se que cinco em cada cem doentes tratados nos hospitais portugueses poderão ter adquirido uma infecção em consequência do seu internamento. Sendo ainda os doentes com sessenta e mais anos, que representa cerca de 40% da população estudada, sobretudo acima dos setenta e nove anos, tiveram as taxas de infecção mais elevadas (14,02%) (IPI, 2009:13).

A enfermagem pela sua proximidade com o doente tem um papel fundamental na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Procurando novos campos de acção com impacto na qualidade de vida e controlo da doença da população idosa.

A realização deste trabalho enquadra-se no 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa constituindo um relatório de estágio, baseado num projecto, na área de intervenção específica Manter o Ambiente Seguro na Pessoa Idosa Algaliada: Intervenções de Enfermagem.

Sendo esta área muito vasta e com um leque de problemáticas/temáticas a serem abordadas, como enfermeira a desempenhar funções numa Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH) foi proposto desenvolver competências na área da Pessoa Idosa Algaliada em Meio Hospitalar.

Este estágio poderá ser visado como um momento fulcral para adquirir conhecimentos específicos na área da pessoa idosa/família. Actuar através das intervenções de enfermagem no procedimento da algaliação com o intuito de prevenir e simultaneamente reduzir a infecção urinária num serviço de Medicina Interna, numa instituição hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, onde o procedimento algaliação é frequente e, tal como refere a literatura, muitas vezes desnecessário.

O serviço de Medicina é composto por duas alas e cada uma tem trinta camas. Cada ala tem uma equipa multidisciplinar própria, mas em caso de falta de elementos numa das alas pode existir mobilização de elementos.

Pretendo também valorizar e evidenciar o papel do enfermeiro especialista de Médico-Cirúrgica inserido numa equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa idosa algaliada /família.

Como fio condutor para este projecto foi escolhido o Quadro conceptual de Virgínia Henderson.

A metodologia usada para a implementação do projecto foi a metodologia de Projecto que se baseia num problema real identificado, na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

A metodologia de projecto é constituída por cinco etapas: Diagnóstico da situação, definição de objectivos, planeamento, execução e avaliação e por fim a fase de divulgação dos resultados. Esta metodologia assenta numa ordem lógica de procedimentos e operações que se interligam, permitindo transformar um problema em projecto, ou seja, alterar uma situação existente (identificada como problemática) numa outra situação que é desejada (preconizada como ideal). Conforme referem Leite e Santos (1990:4) “ao integrar o desejo e a utopia, o Projecto estimula o sonho e o empenhamento, a afirmação de expectativas, o ir além de si próprio”.

A formulação de um projecto de intervenção pretende promover o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho e a mobilização das competências específicas do enfermeiro especialista, conforme os conhecimentos adquiridos durante os semestres anteriores.

É envolto neste sentimento, que surge o interesse por esta área de intervenção. Na elaboração deste Projecto definimos uma vasta área de intervenção, que assenta no perfil de competências comuns de enfermeiro Especialista descritas no Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009:13).

Como Objectivo geral temos: *Manter o Ambiente Seguro na Pessoa Idosa Através das Intervenções de Enfermagem.*

1º Objectivo Específico - Aprofundar conhecimentos no controlo de infecção na pessoa idosa.

2º Objectivo Específico - Desenvolver competências de enfermeira especialista MC/idoso, na intervenção com a pessoa idosa/ família e na articulação com os outros elementos da equipa e/ou outros serviços.

3º Objectivo Específico - Intervir como Enf.^a especialista de MC/idoso, na monitorização do procedimento de algaliação na pessoa idosa

O Trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira é efectuada justificação da temática escolhida, o enquadramento conceptual de enfermagem, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a desenvolver perante a pessoa idosa algaliada em meio hospitalar. A segunda parte é a descrição das actividades desenvolvidas e os resultados obtidos.

2- PROBLEMÁTICA/JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA ESCOLHIDA

As infecções associadas aos cuidados de saúde podem ser prevenidas e os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecções por microrganismos multirresistentes que, na actualidade, representam uma ameaça significativa. Para prevenir as principais medidas são o cumprimento de boas práticas, tais como, precauções básicas e isolamento. *“No que diz respeito as infecções associadas a dispositivos invasivos são necessárias abordagens multimodais que incluam a monitorização contínua de resultados e de processo, uma forte adesão por parte dos órgãos de gestão, formação de todos os profissionais envolvidos, comunicação intra-equipa e mudança de paradigma (...) acreditar que a prevenção é possível”* (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:27).

No serviço de Medicina Interna, de numa instituição hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, foi realizado um estudo de incidência da Infecção do Trato Urinário (ITU) no último trimestre de 2006. Esse estudo revelou que da totalidade dos episódios de ITU adquiridas em meio hospitalar, 30,26% foram atribuídas à Medicina Interna I e 41,72% à Medicina Interna II. Sendo que no serviço de Medicina Interna I, cerca de 74% das ITU foram adquiridas no próprio serviço, enquanto no serviço de Medicina II este valor foi de 66,66%. Actualmente, perante o desconhecimento da incidência das ITU na instituição e após apresentação do Projecto à Sr.^a Enfermeira Directora e Enfermeira chefe do Serviço de Medicina foi conseguida a adesão por parte dos órgãos de gestão, tão necessária para atingir a mudança de paradigma referenciado por Pina, Ferreira, Marques, & Matos, (2010:27).

A implementação do projecto implica incorporar na prática diária do serviço um conjunto de intervenções, em forma de protocolo, revistas periodicamente, assim como a monitorização da adesão por parte dos profissionais às práticas pretendidas. Assim, na reunião de apresentação do projecto aos órgãos de gestão a Sr.^a Enfermeira Directora formou um grupo de trabalho para a elaboração do procedimento - Cateterização vesical, no qual faço parte e assumo o papel de coordenadora (Anexo I). Um outro objectivo da implementação do projecto consiste em diminuir o uso de cateteres urinários, através da

implementação da enfermeira-driven¹ para a remoção do cateter urinário, documentando diariamente a sua necessidade e removê-los quando são desnecessários (Wenger, 2010). A avaliação constante sobre a pertinência e a necessidade individual em algaliar, é uma mudança de prática difícil, mas alcançável. A equipa de saúde deve ser capaz de justificar porque expõe o doente a este perigo significativo e deve comunicar isso claramente ao idoso. Uma vez tomada a decisão de algaliar deve ser assegurada a selecção do tipo de algália de acordo com a duração prevista da algaliação (Tew L, et al, 2005).

O sucesso deste projecto implica forte empenho de todos para que os cuidados prestados sejam de qualidade. Será necessária uma abordagem multifacetada para prevenir a ocorrência da infecção urinária no serviço de Medicina Interna. Este projecto assenta, tal como refere Pina, Ferreira, Marques, & Matos (2010:29), *“Procurar metodologias para encurtar ao máximo o tempo de permanência e de alternativas a este tipo de dispositivos”*.

¹ Enfermeira Driven – enfermeira que com base nas orientações preconizadas documentando questiona diariamente a necessidade da permanência do cateter urinário e a necessidade de removê-lo s quando desnecessários

3 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A CIPE (2007) define envelhecimento como “ processo de envelhecimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células; levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada”. As pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, no decurso do envelhecimento as modificações resultam de interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais. Conhecer as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e saber identificar as síndromes geriátricas para a prevenção da independência do idoso é fundamental (Cardoso, 2009).

“Certos padrões de apresentação de doença são típicos dos idosos como é o caso da imobilidade, instabilidade e quedas, incontinência dos esfíncteres ou da deterioração cognitiva que são denominados grandes síndromes geriátricos” (Blanco, Hortoned E., 2006:5).

As doenças são as causadoras da perda das reservas orgânicas e, conseqüentemente, da aceleração do envelhecimento, processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos. É de suma importância entender as peculiaridades anatômicas e fisiológicas do envelhecimento para poder melhor tratar o idoso (Cardoso, 2009). As alterações anatômicas ocorrem na coluna vertebral, causando a redução na estatura. No sistema osteoarticular agrava o equilíbrio corporal do idoso, reduzindo a amplitude dos movimentos e modificando a marcha. Em geral, com o envelhecimento cerebral os idosos são mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas, e são mais suscetíveis ao rompimento da informação. Há alterações degenerativas da estrutura do olho, levando a diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna. A perda de audição resulta da disfunção dos componentes do sistema auditivo. Há perda da discriminação dos sons mais baixos. Ocorre maior acúmulo de cera no ouvido pela alteração na função glandular. O envelhecimento cardiovascular está associado a alterações estruturais cardíacas. No aparelho respiratório são afectados desde os mecanismos de controle até às estruturas pulmonares e extra-pulmonares que participam do processo de respiração.

O aparelho digestivo sofre modificações estruturais e funcionais com o envelhecimento. Estas ocorrem em todo trato gastrointestinal da boca ao reto.

No que diz respeito ao envelhecimento do sistema urinário existe a atrofia da uretra, com enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e de colo vesical favorecem o aumento de frequência e urgência urinária e incontinência urinária de esforço. A incontinência urinária é definida como eliminação involuntária de urina, em local e momento inadequado. Não se trata de uma doença, mas sim de um sintoma. Este problema aumenta com a idade, apesar do envelhecimento em si não ser causa de incontinência urinária.

Já o envelhecimento do sistema imunológico consiste na degradação da função imunitária associada ao processo de envelhecimento que contribui de maneira importante a maior morbimortalidade observada em adultos mais velhos, com maior incidência de infecções do trato respiratório e urinário.

As síndromes geriátricas estão geralmente relacionadas ao envelhecimento dos órgãos e sistemas, e podem ser agravados de acordo com o estilo de vida adoptado pelo idoso.

As pessoas idosas constituem um grupo socialmente vulnerável, grande consumidor de cuidados de saúde. As infecções adquiridas em consequência da prestação de cuidados de saúde constituem um problema grave, com morbilidade e mortalidade significativa. Segundo o Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) um terço destas infecções são evitáveis, assim a capacidade de as prevenir pode ser um indicador da qualidade dos cuidados.

Uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão. Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais) (WHO, 2005 - 2006).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde têm, grande impacto, tanto para o doente como nos os custo com a saúde. O fornecimento de ferramentas para encurtar o tempo e o esforço necessários para descobrir e reagir contra as IACS é crucial para reduzir este impacto (Proux, Segond, Gerbier, & Metzger, 2008:233).

“Com a evolução ao nível da tecnologia nos cuidados de saúde, dispõe-se cada vez de mais dispositivos médicos quer para monitorização quer para intervenção. A utilização destes dispositivos nem sempre é inócua e implica que os utilizadores conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efectividade como custo-benefício” (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:29).

A Infecção urinária é a aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento (a partir de 24h), independentemente das manifestações clínicas que ocorram e do doente estar ou não algaliado (CDC; 2002:17-21).

Nos Estados Unidos segundo dados da National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) em 2002, ocorreram cerca de 1.7 milhões de infecções nosocomiais nos hospitais (aproximadamente 99 000 mortes). As infecções nosocomiais do trato urinário implicam um aumento do tempo de internamento e elevados custos para o tratamento excedendo 1 bilião de dólares por ano nos Estados Unidos (Sujijantararat, Booth, & Davis, 2005). Num outro estudo efectuado por Edwards & al, em (2009) nos serviços de Medicina, entre 2006 – 2008 ocorreram cerca de 6.7 ITU/ 1000 dias, associadas ao uso de cateter urinário.

Em Portugal no estudo nacional de prevalência de infecção de 1993, a Infecção urinária é dita como a infecção nosocomial mais frequente, correspondendo a 29,1 % do total de infecções nosocomiais e em 2003 no Inquérito de Prevalência de Infecção de âmbito nacional, promovido pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI-INSa) as infecções urinárias corresponderam a 24% do total das infecções nosocomiais, ficando em 2.º lugar por ordem de frequência. É de salientar que dos 16373 doentes estudados, 8406 tinham idade superior a 60 anos (62,42% do total de doentes). Destes 2280 (27%) tinham idade superior a 80 anos. Factores de risco extrínsecos estão fortemente associados à exposição a dispositivos invasivos, sendo que 21,99% dos doentes estudados foi algaliado. Em estudos anteriores as infecções urinárias eram as mais frequentes agora estão em segundo lugar.” *Este facto poderá traduzir a intervenção das CCIH nos hospitais a nível dos doentes algaliados tentativa de redução de uso, encurtamento da permanência e recurso a outras estratégias*” (PNCI, 2005:15). Em 2009 no **Estudo Nacional de Prevalência a Infecção Urinária** foi a infecção nosocomial mais prevalente, (24%), (PNCI, 2009:2). Dentro das IACS, as infecções urinárias são as mais frequentes, sendo que, 80% dos casos estão associados à algaliação (Lo, et al.,

2008:S41). A infecção do trato urinário (ITU) associada à cateterização vesical é a IACS mais comum e representa cerca de 40% do total das IACS.

A bacteriúria sem sinais clínicos pode representar um reservatório de microrganismos resistentes. Um estudo realizado por TAMBYAH e MAKI em 2000, demonstra que 90% dos doentes com infecção urinária associada a algaliação não apresentavam sinais e sintomas típicos (febre, disúria, dor abdominal ou lombar). A ITU constitui também uma causa importante de bacteriemia nosocomial podendo contribuir para um aumento da mortalidade (PNCI, 2004:4).

O uso de algália constitui hoje uma componente essencial dos cuidados de saúde. Uma consequência frequente e indesejável de o uso de algaliação é o aumento do risco de o doente adquirir uma infecção do trato urinário (ITU) e consequentemente acarreta o impacto financeiro (Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. 2009:536).

A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência da algália determinam o risco de infecção (Painter & Ferguson, 2009). As práticas de algaliação, manutenção e remoção também são relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da ITU.

A prevenção da infecção urinária em doente algaliado assenta essencialmente em quatro níveis de intervenção, todos eles igualmente importantes. É preciso que sejam cumpridos todos os pressupostos de prevenção quer estes sejam baseados em evidência científica, quer em evidência clínica e que são os seguintes: avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente); selecção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação); inserção e manutenção asséptica da algália e sistema e remoção correcta da mesma (PNCI, 2004:4).

Cerca de uma em cada quatro algalias implementadas em doentes internados num hospital com idade igual ou superior a 70 anos e uma em cada três algalias implementadas em doentes com idade igual ou superior a 85 anos vêm a demonstrar ser desnecessárias (Hampton, T; 2006).

Devem ser sempre avaliados métodos alternativos à algaliação, de acordo com a situação clínica do doente, nomeadamente, o uso de fralda, dispositivos do tipo "penrose", cateterização suprapúbica, drenagem vesical intermitente, entre outras. Verificou-se que o uso de fraldas e resguardos reduziram o número de algaliações e consequentemente, o risco de ITU associada a cateterização (Wilson, et al., 2009).

Após a decisão de algaliar as medidas de prevenção decorrentes da inserção de um cateter vesical, estão nas mãos da equipa de enfermagem (Tsuchida, et al., 2008). É da sua responsabilidade a técnica de algaliação, a sua manutenção, a vigilância de sinais e sintomas associados à infecção do tracto urinário e a partilha da responsabilidade da remoção da algália.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estudos realizados entre 1995 e 2008 revelaram que 5% a 12% de doentes hospitalizados adquiriram pelo menos uma IACS e as infecções do trato urinário são o tipo mais frequente.

O aumento crescente de doentes idosos que por inerência ao processo de envelhecimento associado as doenças crónicas têm a imunidade debilitada, e com a utilização de dispositivos invasivos criam um “*curto circuito*” aos mecanismos de defesa já debilitado abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos levando ao aumento das Infecções nosocomiais com consequente aumento de microrganismos resistentes a prescrição de anti-microbianos. Por cada dia de algaliação o risco de infecção aumenta em 3% a 10%, aproximando-se dos 100% ao fim de 30 dias (Saint, Goold, & Lipsky, 2002).

Aproximadamente 10% dos doentes são algaliados durante o internamento, com uma duração média de 4 dias. Entre 10 a 20% dos doentes algaliados têm bacteriúria e 2-6% desenvolvem sintomas de ITU (Dieckhaus, K; Garibaldi, R; 1998:169-174).

Existem factores de risco que susceptibilizam um indivíduo algaliado à aquisição de uma ITU. Os factores Intrínsecos (idade avançada, o sexo, a diabetes, a imunodeficiência, a desnutrição e a insuficiência renal) e os extrínsecos que consistem na qualidade dos cuidados a quando da realização da técnica da algaliação, na manutenção do circuito fechado de drenagem, no despejo do saco colector e no tempo de internamento) (Winter, Helms, Harrington, Luquire, Mcvay, & Rhodes, 2009:8-12). Wilson (2003: 137-154) refere que em meio hospitalar, a maioria das ITU ocorrem em doente submetidos a cateterização vesical temporária. A ITU associada ao uso do cateter vesical reveste-se de grande importância, não só devido à sua elevada frequência mas também porque são, das infecções relacionadas com a prestação dos cuidados de saúde, as que mais facilmente se podem prevenir. A entrada de microrganismos nas vias urinárias pode ocorrer por via extraluminal, ou seja, com a migração de microrganismos ao longo da face externa do cateter urinário através do meato ao longo da uretra, por via intraluminal através da superfície interna do cateter vesical (quer pela utilização de equipamento contaminado quer pela quebra do circuito estéril nas zonas de conexão). Para evitar

infecções do trato urinário adquiridas no hospital, a necessidade real de algaliação deve ser considerada antes da inserção destes dispositivos (Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. 2009:536).

Os custos relacionados com a detecção, tratamento e com as complicações decorrentes das ITU têm implicações nos orçamentos hospitalares, o que faz destas infecções uma prioridade não só em termos de controlo de infecção mas também em termos de gestão hospitalar. Importa investir não apenas no controlo, mas principalmente na prevenção da ITU no doente algaliado como forma de evitar o aumento da morbilidade, mortalidade, custos hospitalares e tempo de internamento associados (Winter, Helms, Harrington, Luquire, Mcvay, & Rhodes, 2009:8-12). Segundo Hazelet, Tsai; Gareri & Allen (2006:29) **o desenvolvimento de Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) em adultos mais velhos pode resultar em quedas, delirio e imobilidade.** *“A presença de múltiplas patologias, além de contribuir para uma apresentação atípica da infecção, como pode também originar uma apresentação tardia ou inclusivamente silenciosa”* (Blanco, Hortoned E., 2006:4).

Como refere Wilson (2003:254) *“o impacto que se obtém cuidando das algalias de modo adequado tem sido demonstrado através da redução das UTIs relacionadas com a algália ao longo das últimas décadas.”* Por outro lado, apesar de as “ITU sejam em geral fáceis de tratar a custos relativamente baixos, implicam prolongamento da hospitalização, e a frequência elevada com que ocorrem torna os respectivos custos globais elevados em comparação com outras infecções contraídas no hospital”. (Sujijantararat, Booth, & Davis, 2005:134)

A taxa de infecções urinárias numa instituição depende não só o número de doentes algaliados como também o tempo de permanência destes dispositivos (Lo, et al., 2008). Se o tempo de permanência for prolongado, a infecção é praticamente inevitável e é geralmente devida a microrganismos do próprio doente. Aumenta o risco com o maior tempo de permanência. Nesse sentido, procuram-se metodologias para encurtar ao máximo o tempo de permanência e de alternativas a este tipo de dispositivos.

Perante esta realidade/problemática, o objectivo é identificar as intervenções de enfermagem que previnem a ocorrência da infecção urinária no doente algaliado em meio hospital. Para a revisão sistemática da literatura e como ponto de partida à sua realização, foi formulada a questão de investigação em formato PICJO: Quais as

intervenções de enfermagem (Intervention) que previnem a ocorrência da infecção urinária (Outcome) no doente idoso algaliado (Population) em meio hospitalar?

Deste modo foi sintetizada a informação sobre os princípios a ter em consideração, pela enfermagem, na prestação de cuidados a doentes algaliados, em regime de internamento bem como as intervenções inerentes à prevenção da ITU, no quadro representado abaixo.

Princípios	Intervenções
Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente)	Colocar o cateter em situações absolutamente necessárias Avaliar métodos alternativos à algaliação, de acordo com a situação clínica do doente, nomeadamente: a fralda, dispositivos do tipo "penrose", cateterização suprapúbica, drenagem vesical intermitente, entre outras
Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação)	Com base nas definições dos Centers for Disease Control (CDC), a algaliação pode ser considerada: <ul style="list-style-type: none"> • Curta duração - dura entre 7-10 dias, • Média duração - dura até cerca de 28-30 dias • Longa duração - dura mais de 28-30 dias Seleccionar algália de acordo com a duração prevista da algaliação. <ul style="list-style-type: none"> • Deve utilizar-se o calibre mais pequeno que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado é de 12-14 unidades de Charrière (Ch) na mulher e de 14-16 Ch no homem. • Se é previsível uma lavagem contínua ou regular deve ser seleccionada uma algália de três vias • A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril • O profissional que vai proceder à inserção da algália deve assegurar a existência de equipamento em quantidade suficiente, O uso de "kits" urinários específicos pode facilitar a manutenção de esterilidade durante a inserção
Inserção e manutenção asséptica da algália	A algália deve ser inserida com técnica asséptica e equipamento estéril Utilização de equipamento de protecção individual Lavar as mãos e usar luvas limpas antes da manipulação da algália e lavar as mãos após a remoção das luvas Higienizar o meato com soro fisiológico, não sendo necessário uso de anti-sépticos na higiene diária Manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga para manter o fluxo urinário desobstruído e colocado em suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo Controlar o saco de drenagem com regularidade e esvaziar quando estiver a meio da sua capacidade

	<p>Usar recipiente limpo e individualizado em cada despejo, evitando o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo</p> <p>Usar luvas limpas e as mesmas devem ser mudados entre doentes</p> <p>Limpar a torneira com celulose ou toalhete, após o despejo para evitar o gotejamento da urina residual para o chão.</p> <p>Substituir o saco de drenagem não por rotina mas sim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na altura de substituição da algália; • Quando estiver danificado ou com fugas • Quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos; • Quando se verificar cheiro desagradável; • Se houver saída accidental do saco e/ou sistema <p>Despejar o saco de drenagem antes de o doente entrar no banho.</p> <p>Acompanhar os doentes algaliados no banho, porque o saco de drenagem pode ficar obstruído ou preso, levando à deslocação/remoção da algália. Se ocorrer uma destas situações, deve substituir-se todo o sistema</p>
Remoção da algália.	<p>Realizar o mais precocemente possível</p> <p>O procedimento de remoção da algália, deve obedecer aos seguintes passos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Friccionar as mãos com solução anti-séptica de base alcoólica e calçar luvas limpas •Desinsuflar o balão •Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália •Retirar a algália com movimentos rotativos •Limpar o meato urinário e a região peri-uretral •Vigiar a eliminação vesical espontâneo •Promover o reforço da ingestão e/ou aporte hídrico •Registar nas notas de enfermagem, a data e o motivo da remoção da algália bem como, a eliminação pós-desalgaliação.

Quadro 1: Intervenções de enfermagem que previnem a ocorrência da infecção urinária no doente algaliado

Relevância para a prática clínica: Pretende-se fornecer orientações que guiem a prática de enfermagem ao doente algaliado, tendo em vista a prevenção da infecção do tracto urinário e preconiza-se que estas recomendações sejam adaptadas às diferentes realidades e a cada pessoa cuidada, numa busca permanente de uma individualização dos cuidados prestados.

O enfermeiro deve assumir uma postura crítica na selecção dos doentes com necessidade de algaliação e no tempo de permanência da algália, procurando a individualização dos cuidados e um equilíbrio entre o risco/custo-benefício da algaliação. As estratégias para a prevenção de infecções associadas a dispositivos invasivos implica, o envio regular de informação de retorno aos profissionais implicados, uma actualização constante por parte destes profissionais e a operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento de cuidados. (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:31). Modificar mentalidades através da educação, por si só não impede o uso desnecessário de cateteres urinários. Incluir na rotina diária a avaliação da necessidade de manter o cateter urinário é um meio de alcançar o objectivo pretendido (Harris, 2010:19). De seguida vou abordar o quadro de referência que vai servir de fio condutor para o meu projecto.

4– QUADRO CONCEPTUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON

Como fio condutor para este projecto foi escolhido o Quadro conceptual de Virgínia Henderson. Para que se preste cuidados de enfermagem de qualidade implica conhecer a pessoa e família e em conjunto a identificação dos problemas de saúde, situar as intervenções e ainda avaliar de igual modo todos os comportamentos possíveis e estabelecer soluções adequadas.

O indivíduo é um todo complexo que apresenta catorze necessidades fundamentais. Segundo Virgínia Henderson, são comuns a qualquer indivíduo, doente ou saudável. As necessidades de 1 a 7 estão relacionadas com a Fisiologia (Respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar os resíduos corporais, mover-se e manter posturas correctas, dormir e descansar, vestir-se e despir-se adequando o vestuário e modificando o ambiente, manter a temperatura do corpo num nível normal), de 8 a 9 com a Segurança (manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos e evitar os perigos do ambiente e evitar magoar os outros) a 10 está relacionada com a auto-estima (comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos); a 10 e a 11 com a necessidade de afecto e sentimento de pertença (comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, praticar de acordo com a sua fé), de 11 a 14 com a auto-realização (praticar de acordo com a sua fé, trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização, divertir-se ou participar em várias formas de recreação, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde). Através destas podemos perceber que as alterações inerentes ao envelhecimento podem ser traduzidas e avaliadas nestas Necessidades Humanas Fundamentais.

O centro de intervenção ou da acção da enfermeira não é mais do que o ponto em que o indivíduo é dependente, “antes de fazer qualquer coisa pelo doente, pergunta-se-lhe primeiro o que ele pode fazer por si mesmo...a enfermeira deve identificar o que falta e ajudá-lo a desenvolver (...) a vontade, a força e os conhecimentos (...) a poder fazê-lo” (Henderson; 2007:3). A saúde passa pelas capacidades individuais (conhecimento, força e vontade) para satisfazer as catorze necessidades fundamentais de forma independente. A falta de força física, de vontade ou conhecimentos sobre o que se está a passar pode constituir fonte de dificuldade para aceitar esta fase de dependência. A enfermeira deve incidir a sua atenção sobre o que falta ao doente para que este possa responder a esta

necessidade ou então substituí-lo até que este esteja em condição de o fazer. A doença pode privar o doente da sua liberdade mudando o seu ambiente. O desconhecimento pode causar medos. “Quanto melhor a enfermeira conhecer os perigos reais e os que se crê que existam por causa de costumes e práticas religiosas” mais facilmente afasta ou controla o perigo e promove um ambiente seguro para o doente. Perante um doente idoso algaliado e tendo em vista a prevenção da ocorrência da infecção urinária a enfermeira deve estabelecer um plano individualizado para o indivíduo, centrado nas necessidades humanas fundamentais anteriormente mencionadas, entre outras eventualmente não satisfeitas, nunca devendo esquecer a individualidade do seu doente, que pode requerer uma adequação, complementação ou reformulação do plano apresentado. As intervenções de enfermagem devem ser individualizadas, centradas no doente e nas suas necessidades. É necessário que conheça o que é “normal” para o doente em questão, pois, por sermos únicos o que é normal para mim pode não ser para o doente que estou a tratar. Ao fazer a análise dos exames efectuados com o conhecimento do doente vai permitir saber o que o doente necessita para atingir a sua independência.

Existem vários factores que podem afectar a eliminação de um doente, sendo um desses factores as emoções, o stress está muitas vezes associado à frequência da eliminação vesical. A privacidade e o conforto físico durante a micção devem ser assegurados de acordo com as necessidades da idade e os hábitos. Um idoso que tenha alguma limitação na mobilidade poderá ser deslocado em cadeira de rodas até ao sanitário e aí em privacidade efectuar a sua micção, evitando assim a dependência de uma fralda ou a agressão de uma algaliação como é frequente acontecer. A Teoria de Virgínia Henderson afirma que “o idoso quando nas suas faculdades intelectuais devem sentir que a escolha é sua” (Henderson, 2007:4), envolvendo-se com o assunto (plano de tratamento), compreender ou avaliar as alternativas e fazer comunicação da sua preferência (Franco, 2010).

Foi escolhido o modelo conceptual de Virgínia Henderson por “fornecer uma visão clara dos cuidados de enfermagem numa perspectiva humanista” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995). Possibilita a visão global do doente, com o seu passado e presente, com as suas vivências positivas e negativas, crenças.

5 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA A DESENVOLVER PERANTE A PESSOA IDOSA ALGALIADA EM MEIO HOSPITALAR

O desenvolvimento de competências inerentes à enfermagem de médico-cirúrgica é um processo que resulta de uma construção permanente e uma reflexão incessante acerca da complexidade do ser humano.

No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (R.E.P.E.), o Enfermeiro Especialista, segundo o Dec. Lei nº104/98, de 21 de Abril, artigo 4º do capítulo II é: “o enfermeiro habilitado com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

“*Competências específicas*”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (2010:2), para além de um conhecimento específico numa área, acrescenta que o enfermeiro especialista deve ter em linha de conta “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros as competências comuns de enfermeiro especialista apresentam-se em quatro domínios. No domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal engloba a competência do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Na Gestão da Qualidade inclui o desempenho do papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade e por último cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; No domínio da Gestão dos cuidados engloba as competências gestão de cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, assim como adapta e lidera a gestão de recursos

às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. Por fim o domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolve o auto conhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Tendo por base estas duas definições, a intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica com competências a da prestação de cuidados da pessoa idosa ganha ênfase, sobretudo pelo envelhecimento demográfico que tem vindo a surgir. Quanto mais precoce é a sua intervenção melhores serão os resultados obtidos e maiores os benefícios para o doente. Neste sentido, parece-me pertinente a intervenção de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, na equipa interdisciplinar para que o idoso seja visto como um todo onde a sua história de vida seja tida em conta. *“Envelhecer não significa obrigatoriamente uma redução na capacidade de tomar decisões, muito pelo contrário. É importante avaliar o grau de capacidade que a pessoa idosa tem para tomar as decisões. A capacidade de decisão baseia-se em diversas habilidades, tais como: envolver-se com o assunto, compreender ou avaliar as alternativas e fazer a comunicação da sua preferência”* (Franco, 2010:34).

“O Modelo Dreyfus, aplicado aos cuidados de enfermagem mostra que poderemos alcançar a especialização graças à experiência” (Benner, 2001:199). Os cuidados altamente especializados devido aos progressos da medicina tornaram complexa a profissão de enfermagem.

A proximidade entre enfermeiro e doente implica experiência e a continuidade dos cuidados. Para colmatar a falta de experiência dos novos elementos da equipa surgem os protocolos e procedimentos. A complexidade e responsabilidade inerente ao papel da enfermeira requer um desenvolvimento contínuo e o longo termo.

“A profissão de enfermagem é caracterizada por dois objectivos contraditórios: a individualização dos cuidados e a eliminação dos erros a fim de assegurar os cuidados de qualidade” (Benner, 2001:201).

Benner (2001) identificou cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem. Os níveis são, iniciado (não tem nenhuma experiência, da situação com que possa ser confrontada), iniciado avançado (é aquele que pode ser aceitável, pois fizeram frente a suficientes situações reais), competente (trabalha à dois ou três anos no mesmo), proeficiente (a perceber-se das situações como a globalidade e não em termos isolado) e perito. O modelo Dreyfus não é estático pois refere que a enfermeira não age

eternamente como as iniciadas existindo as enfermeiras de nível competente ou peritas. A competência não é definida como uma característica mas sim em relação a uma situação. Afirma Benner (2001) que a enfermeira age como perita tendo em conta a sua capacidade inata e formação adequada quando tem muita experiência, esta motivada para trabalhar correctamente e dispõe de recursos (materiais e humanos) para enfrentar a situação.

Para Benner (2001) a enfermeira só atinge o nível de perícia quando trabalha mais de seis anos num domínio. “Uma enfermeira que tem pouca experiência clínica terá dificuldades em reconhecer os problemas e em explicar ao doente aquilo que o espera ou as dificuldades que pode vir a encontrar” (Benner, 2001:207). O modelo refere diferentes estratégias de aprendizagem para cada nível de competência. A proximidade dos três primeiros níveis é idêntica e uma enfermeira competente aprende muito com as enfermeiras proficientes e perita.

”Todas as enfermeiras têm o direito de esperar atingir o nível de especialização se a sua formação foi bem conduzida” (Benner; 2001:207). A teoria e os princípios permitem ter acesso de um modo rápido e seguro aos conhecimentos clínicos.

Após o meu percurso profissional considero encontrar-me no estágio proeficiente pois reconheço as situações no seu todo. Esta compreensão global melhora o processo de decisão. Espero daqui a alguns anos poder dizer ser perita.

Posto isto, o intuito máximo do enfermeiro especialista perante a pessoa idosa é a intervenção autónoma e obtenção de ganhos em saúde, uma vez que controlar a infecção associada aos cuidados de saúde, possibilitará a diminuição, do tempo de internamento, das sequelas, da taxa de mortalidade/morbilidade, custos económicos e aumentará a qualidade de vida do doente/família.

6 - DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO E RESULTADOS

6.1 - Adquirir competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvendo o auto-conhecimento e assertividade

O cerne do projecto é as “intervenções de enfermagem que contribuem para a prevenção da infecção urinária no doente idoso algaliado” o que implicou a realização de uma revisão sistemática da literatura, com o objectivo de obter respostas e orientações para que as actividades desenvolvidas sejam sustentadas pela evidência científica com base na pesquisa das bases de dados da CINHALL e MEDLINE (Apêndice I). Esta pesquisa permitiu obter o estado actual do conhecimento sobre a temática uma vez que as revisões sistemáticas da literatura constituem resumos fiáveis dos trabalhos publicados sobre uma temática e respectiva evidência científica permitindo organizar a informação obtida, redigi-la e adquirir novos conhecimentos baseados na evidência (Fortin, 2009). Foi uma pesquisa frutuosa embora não seja consensual em todas orientações e nalguns pontos ainda falta conhecimento. Desta pesquisa resultou orientações para a elaboração de um procedimento intitulado “Algaliação, Manutenção e Remoção do Cateter Urinário” que foi aprovado pelo conselho de administração a 22 de Março de 2012. Tal como apresentado no enquadramento Teórico a população alvo são enfermeiros do serviço de Medicina Interna. Estes devem assumir uma postura crítica na selecção dos doentes com necessidade de algaliação e no tempo de permanência da algália, procurando a individualização dos cuidados e um equilíbrio entre o risco/custo-benefício da algaliação. O centro de intervenção ou da acção da enfermeira não é mais do que o ponto em que o indivíduo é dependente, “antes de fazer qualquer coisa pelo doente, pergunta-se-lhe primeiro o que ele pode fazer por si mesmo...enfermeira deve identificar o que falta e ajudá-lo a desenvolver (...) a vontade, a força e os conhecimentos (...) a poder fazê-lo” (Henderson; 2007:3). Contribuindo assim para que a população idosa do serviço de Medicina Interna “ nas suas faculdades intelectuais sentisse que a escolha é sua” (Henderson, 2007:4), devendo compreender, aceitar e participar no planeamento do seu programa terapêutico.

Na acção da busca de conhecimentos optei também por realizar um estágio durante duas semanas na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar em um hospital da área de Lisboa, onde tive oportunidade de ter como orientadora uma perita em controlo de infecção. Além de conhecer as suas actividades tive oportunidade de assistir a uma formação onde a Enfª E. foi preletora. Esta formação permitiu-me rever alguns conceitos fundamentais em controlo de infecção, tais como, a cadeia de infecção e precauções básicas, permitindo-me a consolidação dos conhecimentos. Conhecimentos estes, que foram fundamentais para transmitir à equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna de uma instituição hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O planeamento e implementação da vigilância epidemiológica numa unidade de saúde é atribuição específica da Comissão de Controlo de Infecção e deve estar de acordo com as necessidades da unidade de saúde.

Um programa de vigilância tem como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados de saúde; implementar estratégias de prevenção dos eventos adversos; reduzir as taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde e seus custos. É necessário promover uma cultura organizacional e criar uma sensibilidade nos profissionais sobre a problemática das infecções para que se atinja este objectivo. (DGS, 2008). Para se entender como ocorre a infecção é necessário analisar a Cadeia de Infecção (microrganismos, reservatórios, porta de saída, vias de transmissão, portas de entrada e hospedeiro susceptível). Compreender cada elo da cadeia de infecção fornece-nos informações preciosas para decidir que medidas de prevenção/controlo seleccionar em cada situação. Os doentes com sistemas imunitários enfraquecidos, o que é frequente nos idosos, são mais vulneráveis à infecção. É fundamental que, **em todos os momentos** da prestação de cuidados ao doente, existam acções **que actuem simultaneamente**, quer na área da **prevenção**, quer na área do **controlo da transmissão cruzada** de microrganismos. Este conjunto de acções e recomendações, aos quais se dá o nome de **Precauções Básicas e Isolamento**, constituem os **alicerces do Controlo de Infecção**, são a primeira **“Barreira de Segurança”** nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança dos doentes. (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:32),

A elaboração de normas e recomendações a são essenciais para a promoção da cultura organizacional. Nesta instituição existe um procedimento que se denomina Prevenção da

Infecção do Tracto Urinário no Doente Algaliado que dá orientações a todos os envolvidos na prestação de cuidados, tem com o objectivo prevenir a infecção urinária e em caso de esta surgir refere como actuar.

A infecção urinária associada ao procedimento da algaliação, pode ser indicador da qualidade dos cuidados. Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes algaliados é necessário mudar comportamentos e atitudes. Efectuar formação aos profissionais não é suficiente, é necessário avaliar os procedimentos efectuados na prática diária – auditar e dar retorno a equipa sobre os resultados obtidos, permitindo assim a reflexão em equipa para colmatar as não conformidades encontradas.

A pesquisa bibliográfica e a revisão de alguns conceitos em controlo de infecção durante o estágio na CCIH serviram de alicerce para à formação efectuada aos enfermeiros do serviço de Medicina sobre as intervenções de enfermagem inerentes ao cuidar de um doente idoso algaliado (algaliação, manutenção e remoção precoce do cateter urinário).

6.2- Adquirir competência no domínio da gestão dos cuidados assumindo-se como facilitador nos processos que interpreta, organiza e divulga dados provenientes dos registos de enfermagem e passagem de ocorrências que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem

6.2.1- Gestão de materiais do serviço

No serviço de Medicina Interna os materiais de consumo clínico não são de fácil acesso pois existe o sistema E-kamban. Trata-se de um sistema auto-regulador, que permite um ajuste fácil dos stocks, face às variações da procura; serve para prevenir a existência de stocks exagerados e de rupturas de stock e estão armazenados em armários fechados que são controlados informaticamente pelo Serviço de Aprovisionamento. Quando os níveis de consumo vão para além do estimável implica uma justificação.

Segundo Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. (2009:537). os cateteres urinários de fácil acesso contribui para se algaliar sem reflectir noutras hipóteses. Muitos enfermeiros afirmaram que a viagem para fora da sala para obter o material necessário a algaliação ajudou a analisar a razão da algaliação optando por uma solução menos invasiva.

Quando o doente já se encontra algaliado são necessários outros materiais não menos importantes, tais como, material para fixação da algália e suporte para colocar saco quer

seja na cama ou suporte de chão quando o doente faz levantar. Cabe ao enfermeiro chefe ou aos segundos elementos fazer a gestão dos materiais de modo a evitar desperdícios mas que as boas práticas não sejam postas em questão.

6.2.2 – Analise dos Registos de enfermagem

Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se, por isso, de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional).

Devem ser redigidos de forma sistemática, organizada e por ordem cronológica de forma a dar visibilidade ao estado actual e evolução do utente. Facilitam o planeamento e individualização dos cuidados prestados ao doente, assim como a comunicação e trabalho em equipa e a continuidade dos cuidados de enfermagem por ser uma fonte de informação acessível a toda a equipa multidisciplinar (Torres & Reis, 2002).

A análise de registos é uma forma de reunir informação de determinadas fontes sem necessitar da cooperação dos indivíduos, de forma fidedigna, válida e ética (Sellitz, 1987).

Foi seleccionada a amostra dos doentes internados no serviço de Medicina Interna, no 1º trimestre de 2011 e foi construída uma folha em excel para recolha de dados através da análise do processo do doente (Apêndice II).

No 1º trimestre 2011 no serviço de Medicina Interna 40% (162) dos doentes internados estiveram algaliados, sendo que 89,50% (145) tinham idade superior a 65 anos. Do total de doentes algaliados 53,08% (86) eram do género feminino e 46,91% (76) do género masculino. A Proveniência dos doentes algaliados foi, de 93,2% (151) provenientes do serviço de urgência (67,28% (109) doentes são oriundos da Sala de Observações (SO), 25,3% (41) da Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), e um (1) dos Directos), 1,8% (3) da Consulta Externa, 4,3% (7) da Unidade de Cuidados Intensivos e um (1) do Hospital de Dia de Oncologia.

Segundo Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. (2009:537) grande número de doentes com cateter urinário é oriundo do serviço de urgência e no estudo efectuado por Hazelet,

Tsai, Gareri & Allen (2006:29), é referido que no serviço de urgência 11 dos 277 (4%) doentes com idade superior ou igual a 65 anos que desenvolveram uma ITU nosocomial, por colocação de cateter urinário indevido.

Na pesquisa efectuada no processo do doente houve dificuldade em encontrar o registo do motivo que implicou o procedimento de algaliar. Verificou-se ainda não existir uniformidade na data colocada no plano para mudança da algália, por vezes é colocado sete dias e outras dez.

Foi efectuada reunião de serviço onde foram analisados os resultados e foi acordado com a equipa que para o doentes que dão entrada no serviço a data para a mudança do cateter urinário será de sete dias, e dez dias para os doentes que permaneçam algaliados após a primeira mudança, nunca deixando de questionar diariamente a necessidade da sua permanência.

Os registos de enfermagem no serviço de Medicina Interna são baseados na linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e encontram-se informatizados, incluindo o registo de administração de terapêutica. A CIPE visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros. (Coenen, A. ;2010: 10).

Os enfermeiros usam a CIPE para documentar os cuidados aplicados aos doentes, para os ajudar a planear e avaliar o serviço prestado. A CIPE ajuda a comunicar permitindo uma linguagem comum no que respeita aos diagnósticos, intervenções e resultados esperados pelos cuidados de enfermagem.

Foram analisados os registos de enfermagem em linguagem CIPE do 1º trimestre de 2011, seleccionadas as intervenções de enfermagem que estão relacionadas com o modo de eliminação vesical incluindo doentes com cateter urinário.

As intervenções seleccionadas foram as seguintes: inserir cateter urinário; otimizar cateter urinário; otimizar fralda; otimizar dispositivo urinário externo; otimizar ostomia de eliminação; trocar cateter urinário; providenciar arrastadeira/urinol; vigiar sinais de infecção e planear a eliminação urinária.

Foi planeado a intervenção optimizado dispositivo urinário externo em 11 doentes, ou seja, cerca de 2,7% podendo concluir-se que não é uma prática frequentemente utilizada; otimizar cateter urinário 35,64% (144); otimizar fralda 57,67% (233); otimizar ostomia

de eliminação 0,24% (1); trocar cateter urinário 24,75% (100); aplicar dispositivo urinário externo 0,74% (3); planejar a eliminação urinária não foi utilizado (0); inserir cateter urinário 8,90% (36); providenciar arrastadeira/urinol 40,59% (164); vigiar sinais de infecção 74,75% (302).

Os registos de enfermagem possibilitam obter dados para realizar estudos sobre as práticas efectuadas e a reflexão sobre estas, permitindo colmatar falhas e aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao fazer a análise das intervenções obtidas verifica-se que não foi planeada a intervenção de remoção do cateter urinário. Provavelmente estará incluído na intervenção trocar cateter. A intervenção inserir cateter urinário apresenta um valor inferior ao obtido na taxa de prevalência que foi efectuada através da análise dos processos. Esta diferença poderá existir por não ter sido registado o procedimento de inserção e só ter sido planeada a intervenção para otimizar cateter. Mais de metade dos doentes internados usaram fralda, e na opinião de Cabete (2005) é necessário saber o que a pessoa idosa consegue fazer e o que fazia até ao momento do internamento. Porque é fundamental para manter a sua actividade o que contribuirá de forma importante para manter a sua autonomia, pois, dependência não implica perda de autonomia. A maioria dos estudos demonstram que *“a prevalência da incontinência aumenta com a idade, assim como a gravidade da mesma (...) afectando 35% dos doentes hospitalizados em unidade de agudos (...) a incontinência de 50% dos idosos hospitalizados é reversível. A imobilidade favorece o aparecimento da incontinência, é preciso intervir de forma activa nas causas, incluindo a utilização de arrastadeiras e não abusando do uso de fraldas”* (Blanco, Hortoned E., 2006:1).

A intervenção de enfermagem - vigiar sinais de infecção foi planeada em cerca 74,75% (302) dos doentes internados no serviço de Medicina no 1º trimestre de 2011.

6.2.3 - Passagem de Turno (8-16 horas)

Assisti à passagem de ocorrências no turno da manhã (8-16horas) ao longo de todo o estágio (Novembro a Fevereiro de 2012). Fui alternando ao longo do estágio a minha presença entre as duas alas do serviço, visto as ocorrências se realizarem em separado.

A passagem de turno consiste num momento em que o Enfermeiro descreve o estado actual do doente e evidência os cuidados que considera pertinentes para a continuidade e planeamento dos cuidados de enfermagem. Verificou-se a preocupação de referir o modo de eliminação de cada doente e quando o doente se encontrava algaliado era feita avaliação da sua necessidade. Ficando assim o enfermeiro responsável pelo doente em caso de esta não ser necessária, propor à equipa médica a sua remoção. Após a passagem de turno a enfermeira chefe reunia com os segundos elementos (enfermeiras especialistas de reabilitação) de ambas as alas para fazer uma síntese do plano de trabalho do dia. Foi sugerido, pela enfermeira chefe, que eu participasse nestas reuniões apresentando o plano para o dia, no que diz respeito à redução do número de doentes algaliados no serviço.

Foi retirado através da classificação de doentes o número de algaliados durante o ano 2011 e mês de Janeiro de 2012 (a base de dados só apresenta dados a partir do mês de Abril de 2011) para se poder analisar o efeito da presença da enfermeira-driven.

Verificou-se que a moda variou entre 2 e 12. A moda de 2 foi obtida no mês de Janeiro de 2012, constatou-se que no dia 16 de Janeiro existia apenas um doente algaliado nas duas alas do serviço, que coincide com o final do estágio.

Nos três primeiros meses (Abril, Maio e Junho) verificou-se uma oscilação da moda entre 10 e 7. Nos meses seguintes verificou-se uma descida gradual da moda, excepto, no mês de Outubro e Dezembro na Ala II, a moda foi de 10 e 12. Será que coincidiu com período de férias possibilitando uma redução dos recursos humanos? Ou terá a ver com a gravidade dos doentes? Ou comum aumento da afluência de doentes idosos nas urgências hospitalares em épocas festivas?

O processo do doente ao encontrar-se informatizado foi factor facilitador para a recolha de informação de modo a obter a taxa de prevalência e incidência de doentes algaliados (Apêndicelll).

Após a análise dos processos dos doentes internados no 1º trimestre de 2011 a Taxa de Prevalência é de 39,35% e a de Incidência de 11,88%. Podemos referir que o número de doentes algaliados no serviço é baixo. Relacionando os dados obtidos sobre a proveniência dos doentes algaliados podemos referir que muitos destes, que se encontram algaliados no serviço de Medicina, são oriundos do serviço de urgência.

6.3 - Adquirir competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assente num corpo de conhecimento ético e deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.

6.3.1 - Prestação de cuidados de enfermagem a doentes idosos gerindo e otimizando a resposta da equipa.

No 1º trimestre (Janeiro – Março) de 2011 foram internados no serviço de Medicina Interna quatrocentos e quatro (404) doentes, 50,99% (206) eram do género masculino e 49% (198) do género feminino. Sendo que dos quatrocentos e quatro doentes 65,59% (265) tinham idade igual ou superior a 65 anos. Este cenário requiere do enfermeiro um esforço suplementar, levando este a prestar cuidados mais apressados centrando-se nos cuidados técnicos e na execução de rotinas descurando os cuidados mais expressivos.

As pessoas idosas constituem um grupo socialmente vulnerável, grande consumidor de cuidados de saúde, necessitam de mais cuidados e tempo porque tendem a estar mais doentes e ser dependentes e/ou lentos na realização de actividades funcionais.

Durante o internamento ocorrem procedimentos (simples e rotineiros para o profissional) que promovem o sentimento de despersonalização no doente, em particular, pela dificuldade em manter a privacidade e individualidade. O doente hospitalizado “é desprovido dos seus pertences, (Carvalhais & Sousa, 2011).

O facto da rotina hospitalar diferir da rotina de casa pode tornar-se fonte de desorientação e confusão. Pois, *“Enquanto que no mundo exterior o indivíduo tem um forte controlo do espaço pessoal (o espaço que reservamos à nossa volta para um comportamento social adequado), no internamento esse espaço de segurança é constantemente invadido como parte da rotina diária hospitalar (...)”*(Cabete, 2005:21).

A falta de tempo é uma consequência directa da desorganização e escassez de recursos; assim, muito tempo é retirado à prestação de cuidados ao doente (ou há constantes interrupções) pois, tem de ser utilizado a tentar arranjar material ou a atender o telefone. Segundo Cadete (2005), a escassez de recursos nem sempre é impeditivo da prestação de cuidados de qualidade, pode ser geradora de formas inovadoras e criativas de resolução dos problemas. Segundo Wenger (2010), a enfermeira do Controlo de Infecção

observou que as técnicas correctas eram frequentemente modificadas por causa da eficiência.

Neste contexto, a pessoa idosa hospitalizada entra num ciclo vicioso de cuidados: é hospitalizada com uma doença, sendo o meio hospitalar adverso; as rotinas hospitalares tratam-no como dependente (incapaz de...), substituindo-o nos cuidados e podendo levar à atrofia das capacidades. (Carvalhais & Sousa, 2011)

Os cuidados de higiene são o momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o doente, momento privilegiado para conhecer e para satisfazer as necessidades do doente, e que por falta de tempo o enfermeiro delega. No acto de cuidar e no respeito pela intimidade da pessoa, enquanto fundamento a finalidade de todo o agir ético deve ser respeitado o preceituado no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro¹⁵, o qual passamos a enunciar - atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa

Na realidade, qualquer pessoa tem, por vezes, necessidade de ajuda para a satisfação das suas necessidades. Contudo, o idoso devido às alterações decorrentes do processo de envelhecimento e patologias inerentes requer uma atenção especial na satisfação das suas actividades de vida diárias [AVD's] (Martins, 2009).

Cabete (2005:45) no seu estudo “O idoso, a doença e o hospital” refere que o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas “o declínio no desempenho das AVD's é o principal responsável pela impossibilidade de continuar uma vida autónoma no seu ambiente habitual, sobretudo, para os idosos que vivem sozinhos ou acompanhados por outro idoso”

A capacidade funcional dos idosos consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que individuo exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas (Duca, Silva, & C., 2009).

O centro de intervenção ou da acção da enfermeira não é mais do que o ponto em que o indivíduo é dependente, “antes de fazer qualquer coisa pelo doente, pergunta-se-lhe

primeiro o que ele pode fazer por si mesmo...enfermeira deve identificar o que falta e ajudá-lo a desenvolver (...) a vontade, a força e os conhecimentos (...) a poder fazê-lo”(Henderson; 2007:3).

Os profissionais quando cuidam do doente, tocam-lhe no corpo e o expõem muitas vezes aos olhares alheios, sem pedir autorização, por vezes, chegando a adoptar, posturas de poder sobre o corpo do outro.

A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajecto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes. (Cruz, S 2008).

As mudanças de padrões no processo de cuidados de saúde, as mudanças na enfermagem para o cuidado centralizado no cliente, a melhoria dos padrões de qualidade, o aumento da ênfase na gestão do risco e as mudanças da regulação profissional emergem na supervisão clínica. Desenvolvendo, assim, uma prática reflexiva, que motiva o enfermeiro para a auto-avaliação e auto-analise e, ainda, dando origem a um processo formal de aprendizagem e de suporte profissional. Assim, a supervisão clínica é considerada uma mais-valia para a modernização das instituições de saúde e tem como finalidade ajudar os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores durante o seu percurso profissional. É, pois, um processo de colaboração formal estruturado. Segundo Alarcão (2001:53-54) a competência é, *“um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias”*.

6.3.2 - Papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao idoso algaliado

Integrada na equipa foi prestado cuidados aos doentes idosos sempre acompanhando um colega para poder transmitir e reflectir sobre a prestação efectuada.

A prestação de cuidados de enfermagem engloba intervenções interdependentes e independentes. As primeiras dependem da prescrição de outro profissional de saúde, como a prescrição da algaliação. As segundas dependem apenas do Enfermeiro que assume o procedimento de algaliar, manutenção e remoção do cateter urinário.

Durante a prestação de cuidados foi possível promover momentos de reflexão sobre a sustentação de alguns pontos que podem ser considerados fundamentais para prevenir a infecção urinária no doente algaliado. A higiene das mãos imediatamente antes e após a

inserção ou qualquer manipulação do cateter urinário ou local de inserção está fortemente recomendada. Assim como a fixação do cateter urinário após inserção para evitar movimento de tracção na uretra. O objectivo de fixação é estabilizar e evitar a tensão sobre o cateter urinário e acreditamos que minimizando tracções inadvertidas no cateter pode diminuir a ruptura do biofilme.

No serviço de Medicina os cateteres urinários não são fixados. No início do estágio numa reunião de serviço foi realizada a apresentação do projecto foi acordado que além da remoção precoce dos cateteres seria a fixação destes um cuidado a ter a partir de agora. Foi escolhido o modo de fixação, exemplificado, e respectivo local de fixação. Inicialmente eram feitas as fixações e oferecidas aos enfermeiros responsáveis pelos doentes algaliados. Verificou-se que ao fim de um mês já fazia parte dos cuidados a fixação do cateter. Embora exista sempre alguma resistência à mudança foi sempre justificado o porque da fixação com a evidência científica o que fez com que a equipa aderisse ao procedimento.

O ideal seria um dispositivo de fixação com selo inviolável mas como implicaria aumentar os custos e neste momento em que a palavra de ordem é contenção, fixamos com adesivo e nastro.

Da prestação de cuidados, surgiu a necessidade de realizar um estudo de caso sobre um idoso algaliado (Apêndice IV), o que permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos, aplicá-los na prestação de cuidados e realizar novas aprendizagens para a tomada de decisão, através da análise e descrição de uma determinada situação real.

Para finalizar estes momentos de reflexão foi feita uma sessão com a apresentação do estudo de caso, com divulgação prévia e aberta a toda a equipa de enfermagem. Utilizou-se as passagens de turno para divulgação da formação, informando da data de realização e temáticas a abordar, assim como foi sensibilizada toda a equipa para a importância da formação para a implementação de práticas adequadas. Foi também afixado no serviço o plano da formação, com espaço para os Enfermeiros se inscreverem. A sessão promoveu um espaço de reflexão sobre a avaliação multidimensional de um idoso, destacar algumas escalas de avaliação que contribuíram para um melhor conhecimento do doente em questão e por fim a reflexão/discussão do plano de cuidados elaborados.

A sessão de formação foi produtiva em termos de discussão, uma vez que foram abordadas em equipa questões sobre a manutenção do cateter urinário. A estratégia de

retorno e divulgação dos resultados à equipa é promotora de mudança de comportamentos segundo Pearson e Craig (2004).

No final da apresentação do estudo de caso foram apresentados resultados obtidos da avaliação dos registos de enfermagem – intervenções de enfermagem relacionadas com eliminação e com o procedimento de algaliação.

6.4 – Adquirir competências desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica elaborando “guias orientadores de boa prática”

6.4.1 - Elaboração do procedimento - Cateterização Vesical com o grupo de trabalho de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo (coordenação das reuniões)

Efectuadas reuniões para delinear procedimento e transmitir ao grupo de trabalho toda a evidência científica, recomendações/orientações já recolhidas na revisão sistemática da literatura efectuada. A elaboração de um procedimento, que não é mais do que um conjunto de componentes de cuidados que reflectem uma prática baseada na evidência. Inicialmente o procedimento denominava-se procedimento cateterização vesical mas no final ficou com a denominação de Algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário, porque o procedimento não se refere somente ao procedimento de inserção do cateter, mas dá também orientações para a manutenção e para a remoção do cateter urinário.

A elaboração do procedimento teve várias etapas, após reunir todas a informação foi elaborado documento seguindo as orientações/layout do gabinete da Gestão e Qualidade. Foi testado por enfermeiros prestadores de cuidados do serviço de medicina, com o objectivo de que a teoria seja adequada à prática. Sujeito a várias alterações e com a participação de mais elementos da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar. Foi enviado para o gabinete da qualidade para aprovação o Procedimento geral denominado “Algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário”. Aprovado pelo conselho de administração a 12/03/2012 e publicitado no portal interno da instituição. Posteriormente por ter sido encontrado

uma gralha no procedimento foi efectuada a respectiva alteração e aprovado novamente pelo conselho de administração .

A coordenação do grupo consistiu na marcação das reuniões de acordo com a disponibilidade de cada um e sendo distribuídas tarefas para que as reuniões fossem dinâmicas e produtivas. Houve momentos em que os pontos de vista foram divergentes mas encontrou-se sempre um denominador comum.

Foram elaborados quatro posters para consulta rápida aos passos referentes ao procedimento de Algaliação, manutenção do cateter urinário, despejo do saco e remoção do cateter urinário, que segundo a Enfermeira chefe serão colocados no manual dos padrões e afixados na sala de trabalho (Apêndice V).

Por limitações de tempo o objectivo para este projecto era coordenar o grupo de trabalho para a elaboração do procedimento e reflectir sobre as inconformidades encontradas nas auditorias efectuadas.

As intervenções que se seguem só posteriormente serem implementadas e avaliadas.

A Comissão de Controlo de Infeção, com a colaboração do Grupo de Trabalho dos Padrões da Qualidade, efectuará a divulgação do procedimento com uma formação/acção. A formação terá carácter obrigatório (2 sessões) onde a apresentação do procedimento será complementada com simulação/acção e todos os elementos terem o seu momento participativo/avaliativo.

O procedimento elaborado é um procedimento geral e por isso irá ser implementado em toda a instituição. Em reunião da Comissão de Enfermagem, por solicitação da Sr^a Enfermeira Directora, foi apresentado projecto e resultados obtidos.

Foi apresentado o projecto à Directora do Serviço de Medicina Interna que desde logo se disponibilizou para que na reunião de serviço com a equipa médica dar a conhecer da implementação do projecto e solicitar a sua colaboração na remoção precoce do cateter urinário.

6.4.2 - Análise reflexiva sobre os relatórios das auditorias

Estima-se que, aplicando as medidas de controlo de infecção adequadas, se pode evitar 69% das infecções urinárias (Gould, C et al, 2009).

As estratégias para a prevenção de infecções associadas a dispositivos invasivos implicam uma actualização constante por parte dos profissionais e a operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento dos cuidados. (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010) Os serviços devem incorporar na prática diária sob a forma de protocolo, e revisão periodicamente do conjunto de intervenções como o uso de técnica asséptica na colocação e manuseamento o cateter urinário e a sua remoção precoce. Deve ser efectuada a monitorização da adesão por parte dos profissionais às práticas pretendidas.

No serviço de Medicina Interna no âmbito dos Padrões da Qualidade são efectuadas auditorias ao procedimento, da algaliação. As auditorias têm como objectivo conhecer a taxa de adesão, criando indicadores de qualidade, e por outro lado avaliar a qualidade de desempenho dos procedimentos e das unidades de saúde. A observação constitui uma forma de alertar os profissionais de saúde para a importância do acto, conseguindo-se ainda um efeito imediato de promoção simplesmente pelo facto de se estar a observar, demonstrando interesse no procedimento da Algaliação (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010:33).

No serviço de Medicina efectua-se auditorias com emissão de relatórios semestrais. Foi feita uma análise/reflexão aos relatórios (semestrais) de 2011. Dos quarenta e sete enfermeiros que constituem a equipa apenas dezoito foram auditados. Apesar de os enfermeiros auditados referirem conhecer o procedimento, as inconformidades encontradas no 1º semestre sobrepõem-se às encontradas no 2º semestre, o que significa que apesar dos diferentes momentos de divulgação realizados, formal (reunião de serviço, previamente agendada) ou informal (em passagem de turno) não foram suficientes para formar a equipa. As inconformidades encontradas devem dar origem a um momento de reflexão, pois fazem parte dos alicerces do controlo de infecção. Os cateteres urinários por vezes são usados de forma inadequada por causa de se ignorar as recomendações (Tew, Ltd, Pomfret, Ribble, Lancashire, & King, 2005).

Uma das não conformidades encontradas nas auditorias foi a higienização das

mãos. As mãos são consideradas uma das principais vias para propagação da infecção, como tal a sua lavagem ou desinfecção é provavelmente a medida mais importante no controlo de infecção (Ayliffe et al, 2000), uma vez que além das actividades que envolvem contacto directo com os doentes, ou os seus fluidos corporais, tocar em superfícies contaminadas do ambiente poderá resultar na aquisição de microrganismos nas mãos (Bhalla et al, 2004).

A higienização das mãos continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS, constitui uma acção simples, acessível, rápida. Desde 2009 o serviço de Medicina Interna está envolvido na Campanha Nacional da Higiene das Mãos desenvolvendo o plano de acção segundo a estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde. Foram colocadas soluções antisepticas de base alcólica nas camas para ser possível higienizar as mãos durante a prestação de cuidados. A taxa de adesão de 2011 é de 52,5%, significa que lavam as mãos metade das vezes do que deviam. O uso de luvas não modifica as indicações para higienizar as mãos. Segundo Pina(2006) se o uso de luvas impedir o cumprimento da higiene das mãos no momento correcto, representa um factor de risco maior à transmissão cruzada IACS à higiene das mãos Outra inconformidade foi a ausência da lavagem genital com água e sabão antes da inserção do cateter,. Sabe-se que ao longo do tempo desenvolve-se na superfície do cateter uma película – biofilme que confere uma elevada resistência aos antimicrobianos. Os cuidados de higiene podem retardar a formação do biofilme.

Segundo a WHO (2005) “quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho (...), a adesão às boas práticas podem atingir apenas os 10%”.

As auditorias e o retorno da informação, são consideradas estratégias eficazes na implementação da mudança baseada na evidência (Thompson, Learmonth, in Craig, & Smyth, 2004).

Foi realizada reunião com enfermeira chefe e segundos elementos, onde foi discutida a possibilidade de que em cada equipa exista um elemento auditor, aumentando a probabilidade de efectuar maior número de auditorias. Como é referido no relatório foi factor limitador alguns doentes já entrarem algaliados no serviço de Medicina. Uma vez que a prática da inserção do cateter é pouco frequente, as auditorias devem ser efectuadas à manutenção do sistema, despejo do saco e remoção do cateter. Devem ser planeadas duas sessões com carácter

obrigatório para a apresentação dos dados resultantes das auditorias no ano 2012. Em colaboração com o grupo de auditores foi realizado um espaço de reflexão sobre as inconformidades encontradas no relatório do primeiro semestre de 2011.

CONCLUSÃO

Este relatório de estágio teve por base um projecto de intervenção que surgiu de um problema identificado no serviço de Medicina Interna, de uma instituição hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo por parte da equipa de Enfermagem, baseada na evidência científica.

A realização deste projecto de aprendizagem permitiu adquirir competências especializadas não só na área da prestação de cuidados à pessoa idosa como também da prevenção da infecção urinária no doente algaliado.

A fundamentação teórica possibilitou aumentar os conhecimentos baseados na evidência científica mais recente, sustentando o saber. O estágio na Comissão de Controlo de Infecção possibilitou-me acompanhar uma perita em controlo de infecção.

A prestação de cuidados a doentes idosos, além de permitir realizar espaços de reflexão sobre os cuidados prestados, valorizou o uso de escalas de avaliação que permitem ter a noção exacta das necessidades do doente idoso. Foi possível construir com base na evidência científica um procedimento orientador para a algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário com o objectivo de uniformizar e orientar o procedimento de algaliar e, assim, contribuir para a diminuição das infecções urinárias adquiridas no Serviço de Medicina.

A análise dos registos de enfermagem justificou que apesar do serviço de Medicina ter um número elevado de doentes algaliados estes são oriundos na sua maioria do serviço de urgência. Assim, o foco de atenção no serviço de Medicina deverá ser a manutenção e a remoção precoce do cateter urinário.

A implementação da figura da enfermeira –driven veio diminuir o número de dias de algaliação tal como foi verificado pela análise dos dados recolhidos

É necessário continuar a realizar formação aos profissionais de saúde sob os efeitos adversos da algaliação, consensualizando-os para o uso adequado do cateter urinário e suas alternativas. Para suporte da fundamentação deve ser usado os resultados das auditorias efectuadas e os da vigilância epidemiológica cedidos pela CCIH.

A infecção urinária no Serviço de Medicina continua a ser uma preocupação, pois no último relatório da Vigilância epidemiológica das bactérias multi- resistentes efectuado

pela CCIH no ano 2011 verificou-se que neste serviço são as infecções urinárias que predominam.

Todas estas intervenções contribuem para manter o ambiente seguro nos doentes internados no serviço de Medicina Interna, tendo especial atenção para a Pessoa Idosa que na etapa da vida em que se encontra está mais susceptível à infecção.

A procura do “conhecimento” sobre as práticas e sobre o ser humano facilita o cuidar da Pessoa Idosa. O enfermeiro deve ser agente de mudança e assim deve incorporar conhecimentos novos em resposta aos novos desafios que o mundo contemporâneo exige. Compreender o idoso implica respeitar as suas capacidades e potenciais, procurando estimular o auto-cuidado e a auto-estima tendo em atenção os factores de risco a que normalmente estão sujeitos para que se possa intervir na sua eliminação ou minimização.

As mudanças inerentes ao processo de envelhecimento requerem cuidados de estimulação e de manutenção das capacidades que a pessoa possui, de modo a prevenir maiores limitações funcionais.

Os enfermeiros especialistas têm o dever de transmitir este novo olhar sobre a Pessoa Idosa aos restantes elementos da equipa. *Henderson afirma: “para que a enfermeira exerça como uma perita, por direito próprio e para que utilize o planeamento científico para melhorar o exercício profissional, necessita de um tipo de formação que só pode ser adquirido em colégios e universidades”*(1991 :11).

No futuro serão desenvolvidas medidas para que o projecto dentro do serviço de medicina dê atenção a outros grupos profissionais que prestam cuidados aos doentes, tais como as assistentes operacionais a quem tantas tarefas são delegadas e nem sempre supervisionadas. O enfermeiro delega porque refere não ter tempo, mas o tempo para supervisionar deverá existir.

A análise dos resultados obtidos, indica que este projecto deveria ser alargado ao serviço urgência. Embora no serviço de urgência seja mais difícil fazer este tipo de exercício porque o doente se encontrar em situação de crise, embora alguns estudos demonstrem ser possível. Outra expectativa é que a implementação do procedimento “Algaliação, manutenção e remoção do cateter urinário” em conjunto com as auditorias seja factor facilitador para atingir o objectivo pretendido.

Para que se reduza o número de infecções urinárias no doente idoso algaliado no serviço de Medicina, só é possível se existir trabalho de equipa. Cada um dos membros da equipa, seja qual for o seu grupo ou categoria profissional, tem um papel importante, pois

uma equipa unida transmite segurança à pessoa que cuida e a quem é cuidado. Fica assim para o enfermeiro especialista em enfermagem Medico-cirurgica na vertente da Pessoa idosa, dinamizar e transmitir os conhecimentos adquiridos, durante a sua formação, à restante equipa.

BIBLIOGRAFIA

1. Alarcão, I. (Maio de 2001). Formação reflexiva. *Referência* , Nº 6, pp. 53-59.
2. Antunes, A. (Janeiro/Março de 2009). Estudo sobre doentes algaliados nos Serviços de Medicina. *Revista de Medicina Interna Minerva* , Nº9, pp. 34-39.
3. Bhalla, A., Pultz, N., Gries, D., Ray, A., Eckstein, E., Aron, D., et al. (2004). Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* , 25 (2), pp. 164-7.
4. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
5. Berge, L., & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
6. Blanco, E. H. (2006). *Síndromes Geriátricas*. Algés: Selenova.
7. Blodgett, T. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters; a narrative review. *Urologic Nursing* , 29 (5), p. 369.
8. Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
9. Cardoso, A. F. (Março de 2009). Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. *Revista Digital* , Ano 13 Nº130 . Buenos Aires, Bueno.
10. Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (Março de 2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista Enfermagem Referência* , 3 (3), pp. 75-84.
11. CDC. (2009). Guideline For Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections .
12. CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. (2007). Ordem dos Enfermeiros.
13. Coenen, A. (Novembro de 2010). Entrevista - Sistemas de Classificação em Saúde - "A CIPE Ajuda-nos a Classificar". *Revista Nursing* .
14. da Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning [Portuguese]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)* , 13 (3), pp. 415-422.

15. Dieckhaus, K. a. "Prevention of Catheter-Associated Urinary tract infections". In C. Guidelines, *In Saunders Infection Control reference Service* (pp. 169-174).
16. Direcção Geral Saúde (1999). Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nasocomiais. Lisboa, Portugal.
17. Direcção Geral de Saúde. (2006). Divisão de Doenças Genéticas.. Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas. Lisboa.
18. Direcção Geral de Saúde.. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção*.
19. Drekonja, D., Kuskowski, M., & Johnson, J. (2010). Internet survey of Foley catheter practices and knowledge among Minnesota nurses. *American Journal of Infection Control* , 38 (1), 31-37.
20. Duarte, Y., & Lebrão, M. (2008). Repensando os cuidados frente a uma sociedade que envelhece. *Saúde Coletiva* , 05 (20), 38.
21. Duca, G. F., Silva, M. C., & C., H. P. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública.* , 43 (5), pp. 796-805.
22. Edwards, J., & al, e. (2009). National Healthcare Safty Network from January 2006 through December 2008 as reported to the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of infection Control* , 37, 6.
23. Eira, A., & A. (2010). A saúde em portugal: A procura de cuidados de saúde privados. *Tese de Mestrado em Economia*. Porto.
24. Ewers, I., Rizzo, L. V., & Filho, J. K. (2008). Imunologia e Envelhecimento. *einstein* , 6 (supl 1), pp. S13-S20.
25. Fakih, M., Dueweke, C., Meisner, S., Berriel-Cass, D., Savoy-Moore, R., Brach, N., et al. (2008). Effect of nurse-led multidisciplinary rounds on reducing the unnecessary use of urinary catheterization in hospitalized patients. *Infection Control & Hospital Epidemiology* , 29 (9), 815-819.
26. Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
27. Franco, J. A. (Fevereiro de 2010). Envelhecer bem: uma questão de sucesso. *Revista nursing* , pp. 31-37.
28. Garrido, A. (agosto de 2005). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista de Investigação em enfermagem.* , nº 12, pp. 27-34.

29. Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., & Pegues, D. (2009). Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *and the Healthcare Infection control Practices Advisory Committee (HICPAC)* .
30. Gray, M. (2004). What nursing interventions reduce the risk of symptomatic urinary tract infection in the patient with an indwelling catheter? *Journal of Wound, Ostomy, And Continence nursing Official Publication of The Wound, Ostomy And Continence Nurses Society/WOCN* , 31 (1), 3-13.
31. Ha, U., & Cho, Y. (2006). Catheter-associated urinary tract infections: new aspects of novel urinary catheters. *International Journal of Antimicrobial Agents* , 28 (6), 485-490.
32. Hameed, A., Chinegwundoh, F., & Thwaini, A. (2010). Prevention of catheter-related urinary tract infections. *British Journal of Hospital Medicine* , 71 (3), 148.
33. Harris, T. A. (February de 2010). Changing practice to reduce the use of urinary catheters. *Nursing* , pp. 18-20.
34. Hazelett, S. E., Tsai, M., Gareri, M., & Allen, K. (October de 2006). The associaton between indwelling urinary catheter use in the elderly and urinary tract infection in acute care. *BMC Geriatrics* , 6 (15), pp. 1-7.
35. Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta
36. Horan, T., & Emori, G. (s.d.). "Definitions of Nosocomial Infections". *Saunders Infecion Control Reference Service, CDC GUidelines* , pp. 17-21.
37. Inelmen, E., Sergi, G., & Enzi, G. (2008). *Geriatric* (Vol. 4).
38. Johnson, J., Kuskowski, M., & Wilt, T. (2006). Sistematic review:antimicrobial urinary catheters to prevent catheter-associated urinary tract infection in hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine* , 144 (2), 116-126.
39. Leite, E., & Santos, M. M. (1989). *Trabalho de projecto. Aprender por projectos centrados em problemas.*& (1990). *Trabalho de projecto. Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontament.
40. Lo, E., Nicole, L., Classen, D., Arias, K., Podgorny, K., Anderson, D., et al. (2008). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology. *The Official Journal of The Society of Hospital Epidemiologists of America* , 1S41- S50.
41. Madeo, M., & Roodhouse, A. (2009). Reducing the risks associated with urinary catheters. *Nursing Standart* , 23 (29), pp. 47-56.

42. Maki, D., & Tambyah, P. (2001). Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging Infectious Diseases* , 7 (2), pp. 342-347.
43. Meddings, J., Rogers, M., & Macy, M. &. (2010). Systematic review and meta-analysis: reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of The Infectious Diseases Society of America.* , 51 (5), pp. 550-560.
44. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). Recomendações Para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário - Algaliação de curta duração. Lisboa, Portugal. pp1-19.
45. Ndomba, A., Smide, B., & Aarts, C. (2008). Preventing IUC infections in Tanzanian patients; nurses' knowledge, clinical practice and patients' views. *International Journal of Urological Nursing.* , 2 (1), pp. 33-41.
46. Painter, J., & Fergunson, D. (2009). Changes Within the Clinical Culture of Care to Reduce foley Catheter Utilization and Related UTIs. *2009 NACNS National Conference Abstracts.* 23 (2), pp. 93-111. St. Louis, Missouri: Clinical Nurse Specialist.
47. Parker, D., Callan, L., Harwood, J., Thompson, d., Wilde, M., & Gray, M., et al. (2009). Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection. Part 1: Catheter selection. *Journal of Wound, Ostomy and Continences Nursing: official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* ,36 (1), 23-34.
48. Patrizzi, K., Fasnacht, A., & Manno, M. (2009). A Collaborative, Nurse-Driven Initiative to Reduce Hospital-Acquired Urinary Tract Infections. *Journal Of Emergency Nursing* , 35 (6), 536-539.
49. Pina, E. (1993). *Estudo Nacional de Prevalência de Infecção*. IGiF.
50. Pina, E. (2006). O uso de luvas na prestação de cuidados. *Nursing* , 16, pp. 29-33.
51. Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública* , 10, pp. 27-39.
52. Polwan, R., Graves, N., Griffin, M., Roberts, J. A., Swan, A. V., Cookson, B. C., et al. (1999). The Socioeconomic Burden of Hospital Acquired Infection. *Public Health Laboratory Service*. London.

53. Proux, D., Segond, F., Gerbier, S., & Metzger, M. H. (2008). Addressing Risk Assessment for Patient Safety in Hospitals. *IFIP International Federation for Information Processing* , 288 (Intelligent Information Processing IV), pp. 230-239.
54. Ordem dos Enfermeiros.(2009). Caderno temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das especialidades Clínicas de Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de especialidades Clínicas de Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas do enf . In C. d. Enfermagem.
55. Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010, pp.1-10.
56. Organização Mundial Saúde. (2003). Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de acção. Brasília: Organização Mundial de Saúde.
57. Raven, B., & Haley, R. (1980). Social influence in a medical context hospital acquired infections as problem in medical social psychology. (C. S. Beverly Hills, Ed.) *Applied social psychology annual* , 1, pp. 255-78.
58. Rhodes, N., Mcvay, T., Harrington, L. L., Winter, M., & Helms, B. (2009). Eliminating catheter-associated urinary tract infections: part II. Limit duration of catheter use. *Journal For Healthcare Quality* , 31 (6), 13-17.
59. Rothfeld, A., & Stickley, A. (2010). A program to limit urinary catheter use at an acute care hospital. *American Journal of Infection Control* , 38 (7), 568-571.
60. Saint, S., Kowalski, C. P., Forman, J., Damschroder, L., Hofer, T. P., Kaufman, S. R., et al. (Abril de 2008). A Multicenter Qualitative Study on Preventing Hospital-Acquired Urinary Tract Infection in US Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* , 29 (4), 333-341.
61. Saint, S., Kowalski, C., Kaufman, S., Hofer, T., Kauffman, C., Olmsted, R., et al. (15 de January de 2008). Preventing Hospital-Acquired Urinary Tract Infection in the United States: A National Study. *Nosocomial UTI Preventive Practices . CID* , pp. 243-250.
62. Saint, S., Gould, S., & Lipsky, B. (2002). Indwelling urinary catheters a one-point restraint? *Annals of Internal Medicine* , 137,(2), 125-127.
63. Selltitz, Claire et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: Herder, 1987.

64. Seymour, C. (2006). Audit of catheter-associated UTI using silver alloy-coated foley catheters. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing , 15 (11), 598-603.
65. Souza, A., Tipple, A., Barbosa, J., & Pereira, M. &. (2007). Urinary catheterism: knowledge and adhesion to the control of infection by the nursing professionals [Portuguese]. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* , 9 (3) , 724-735.
66. Sujijantararat, R., Booth, Z. R., & Davis, L. L. (2005). Nosocomial Urinary Tract Infection - Nursing-sensitive Quality Indicator in a Thai Hospital. *Journal of Nursing Care Quality* , 20 (2), 134-138.
67. Tew, L., Ltd, B., Pomfret, I., Ribble, C. e., Lancashire, & King, D. (26 de October de 2005). Infection risks associated with urinary catheters. *Nursing Standard* , 20 (7), pp. 55-61.
68. Thompsom, C., Learmonth, M., in Craig, J., & Smyth, R. (2004). Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? *Prática Baseada na Evidência. Manual de Enfermeiros.* 211-239. Camarate: Lusociência.
69. Torres, M., & Reis, M. (Março de 2002). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais* , 57-59.
70. Tsuchida, T., Makimoto, K., Ohsako, S., Fujino, M., Kaneda, M., Miyazaki, T., et al. (2008). Relationship between catheter care and catheter-associated urinary tract infection at Japanese general hospitals: a prospective observational study. *International Journal Of Nursing Studies.* , 45 (3), 352-361.
71. Wenger, J. E. (2010). Reducing Rates of Catheter-Associated Urinary Tract Infection. *AJN* , 110 (8), 40-45.
72. Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica.* (2ª edição ed.). (E. E. T. Cientificas, Ed.) Loures, Portugal: Lusociência.
73. Wilson, M., Wilde, M., Webb, M., Thompson, D., Parker, D., Harwood, J., et al. (2009). Nurted urinary tract infection:sing interventions to reduce the risk of catheter- associated urinary tract infection part 2: Staff education, monitoring and care techniques. *Journal Of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication Of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Sociaty/WOCN.*, 36 (2), 137-154.
74. Winter, M., Helms, B., Harrington, L., Luquire, R., Mcvay, T., & Rhodes, N. (2009). Eliminating catheter-associated urinary tract infections:part I. Avoid catheter use. *Journal For Healthcare Quality: Official Publication Of The National*

Association For Healthcare Quality. , 31 (6), 8-12. Seymour, C. (2006). Audit of catheter-associated UTI using silver alloy-coated foley catheters. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Pusblishing , 15 (11), 598-603.

ANEXOS

APÊNDICES